

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Rapport public initial**

**Date d'émission du rapport :** 13 mai 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1406-0001

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique  
Suivi

**Titulaire de permis :** Liuna Local 837 Nursing Home (Ancaster) Corporation

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Regina Gardens, Hamilton

**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : le 30 avril ainsi que les 1<sup>er</sup> et 2 mai 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00098191/Incident critique (IC) n° 2922-000024-23, liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00103454/IC n° 2922-000027-23, liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00105050/IC n° 2922-000032-23, demande n° 00105430/IC n° 2922-000003-24 et demande n° 00107468/IC n° 2922-000005-24 liées à la prévention et la gestion des chutes.
- Demande n° 00107157/IC n° 2922-000004-24 et demande n° 00111417/IC n° 2922-000012-24 liées à la prévention et au contrôle des infections.
- Demande n° 00112341/plainte portant sur les services de soins et de soutien aux résidents
- Demande n° 00104676/Suivi n° 1 – Ordre de conformité n° 001/2023-1406-0005, en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22,

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

prévention et contrôle des infections, dont la date d'échéance de mise en conformité est le 28 février 2024.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1406-0005 en vertu de la l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par Lesley Edwards (506)

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes
- Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Non-respect : de l'alinéa 6 (1) c) de la LRS LD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à cette personne.

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'une aide spécifique pour les transferts, en fonction de ses besoins du moment.

Le logo affiché dans la chambre de la personne résidente indiquait un niveau d'assistance différent.

Plus tard, un deuxième logo a été ajouté dans la chambre de la personne résidente afin de donner des indications claires au personnel sur l'état des transferts.

**Sources :** Programme de soins et observations de la chambre de la personne résidente et entretiens avec le directeur adjoint des soins et d'autres membres du personnel. [168]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 1<sup>er</sup> mai 2024

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Problème de conformité n° 002 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée.

**Justification et résumé**

La politique du foyer en matière d'allégations de mauvais traitements et de suivi précise que tous les faits liés à une allégation signalée doivent être consignés dans le dossier médical de la personne résidente.

À une date précise, une personne résidente a fait part au directeur adjoint des soins de ses inquiétudes, que le foyer a jugées comme étant des allégations de négligence.

Les allégations n'ont pas été documentées dans le dossier médical de la personne résidente comme l'exige la politique jusqu'à ce qu'une entrée tardive soit complétée le 1<sup>er</sup> mai 2024 par l'administratrice.

**Sources :** Examen du dossier clinique d'une personne résidente, examen des notes d'enquête liées au rapport d'incident critique 2922-000027-23, examen des allégations de mauvais traitements et du suivi, numéro LTC- CA-WQ-100-05-02,

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

dont la date de révision est septembre 2023, et entretiens avec l'administratrice et d'autres membres du personnel. [168]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 1<sup>er</sup> mai 2024

### **AVIS ÉCRIT : Participation du résident**

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 6 (5) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit informé de l'apparition d'un nouveau problème cutané.

**Justification et résumé**

Les dossiers cliniques d'une personne résidente montrent qu'une nouvelle altération de l'intégrité épidermique a été documentée et évaluée. L'évaluation initiale de la peau et des plaies comportait une section réservée à la notification du mandataire spécial, mais cette section n'a pas été remplie. Les notes d'évolution ont été examinées et il a été constaté que le personnel autorisé n'avait pas indiqué que le mandataire spécial avait été informé.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

L'administratrice a confirmé que le mandataire spécial de la personne résidente aurait dû être avisé lorsqu'une nouvelle altération de l'intégrité épidermique a été identifiée.

Le fait de ne pas avoir informé le mandataire spécial de la personne résidente et de ne pas lui avoir permis de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de ses soins peut avoir eu pour conséquence que les soins de la personne résidente n'ont pas été individualisés en fonction de ses besoins.

**Sources** : entretiens avec le personnel, dossiers cliniques de la personne résidente [740739].

## **AVIS ÉCRIT : Documentation**

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une intervention en cas de chute soit documentée pour une personne résidente.

### **Justification et résumé**

Les dossiers cliniques d'une personne résidente indiquaient qu'elle devait faire l'objet d'une intervention spécifique en cas de chute. Au cours d'une période d'un

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

mois, l'intervention en cas de chute n'a pas été documentée comme ayant été effectuée pendant 21 jours.

Deux membres du personnel qui fournissaient des soins à la personne résidente étaient au courant de l'intervention en cas de chute et ont confirmé qu'ils l'effectueraient.

Le directeur des soins et l'administratrice ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas trouver de documents attestant que l'intervention en cas de chute avait été effectuée aux dates indiquées.

Du fait de l'absence de documents, il n'y a pas de confirmation que les soins ont été dispensés aux dates indiquées, conformément au programme de soins de la personne résidente.

**Sources** : entretiens avec le personnel, dossiers cliniques de la personne résidente [740739].

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'une personne résidente était victime de mauvais traitements de la part de quiconque ait immédiatement fait part de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés au directeur.

**Justification et résumé**

En vertu de l'article 154 (3) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis était responsable du fait d'autrui pour les membres du personnel qui ne respectaient pas l'article 28 (1).

À une date de septembre 2023, une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) a observé une personne résidente dans une situation que le foyer a déterminée comme étant un incident de mauvais traitements ou de négligence à l'égard d'une personne résidente. L'administratrice a reconnu que la PSSP n'a pas signalé l'incident immédiatement comme requis, ce qui a entraîné un retard dans le signalement de l'incident au directeur.

**Sources :** Incident critique n° 2922-000024-23; notes d'enquête du foyer, entretien avec la PSSP et d'autres membres du personnel. [683]

**AVIS ÉCRIT : Protection contre certains cas de contention**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD (2021)*.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 34 (1) de la LRS LD (2021)**

Protection from certain restraining

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun résident du foyer ne soit :

1. Maîtrisé ou confiné, de quelque façon que ce soit, pour faciliter la tâche au titulaire de permis ou au personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne soit pas maîtrisée pour faciliter la tâche du personnel.

**Justification et résumé**

À une date précise, une personne résidente a été trouvée avec une contention en place alors qu'elle était dans son fauteuil roulant. La personne résidente n'avait pas d'ordonnance de contention et n'était pas en mesure d'enlever les dispositifs. Une PSSP a déclaré que la personne résidente était maîtrisée pour faciliter la tâche du personnel.

Il y a eu un risque pour la personne résidente lorsqu'elle a été maîtrisée pour faciliter la tâche du personnel.

**Sources :** Incident critique n° 2922-000024-23; dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer; entretien avec l'administratrice et d'autres membres du personnel. [683]

**AVIS ÉCRIT : Utilisation interdite d'appareils destinés à restreindre les mouvements**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 38 a) de la *LRSLD* (2021)**

Utilisation interdite d'appareils destinés à restreindre les mouvements

Article 38 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun appareil que prévoient les règlements ne soit utilisé sur un résident :  
a) soit pour le maîtriser;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dispositif interdit ne soit pas utilisé pour maîtriser une personne résidente.

**Justification et résumé**

Conformément au paragraphe 121 (7) du Règlement de l'Ontario 246/22, les draps sont un dispositif interdit pour restreindre les mouvements d'une personne résidente.

À une date précise, une personne résidente a été trouvée dans sa chambre avec un dispositif interdit autour de la taille et attachée à son fauteuil roulant.

Il y a eu un risque pour la personne résidente lorsque le personnel a utilisé un dispositif interdit pour restreindre ses mouvements.

**Sources :** Incident critique n° 2922-000024-23; dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer; entretien avec l'administratrice et d'autres membres du personnel. [683]